

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Ho
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M23-013704

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1022 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre
 Nom & Prénom : Mr ADNAN HALIMA
 Date de naissance :
 Adresse : Résidence EL LAOUAN 104, 104, AP,
 N° 6 Hay EL SALAH
 Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. MIFDAL Malika
Médecine Générale
36, Rue Korouf Hay Raha
(Beauséjour) - Casablanca
Tél : 05 22 36 64 48

Date de consultation : 22/02/2024
 Nom et prénom du malade : Adnan Halima Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection Respiratoire
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
 Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le :
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° AA-215 / 2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 22/02/24 | C | | 150DH | Dr. MIFDAL Malika Médecine Générale 36, Rue Kroufel Hay Raha Casablanca Tél: 0522 37 64 18 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

PHARMACIE OUMES CASAB
S.A.R.L.A.U

Angle Bd Chahdi et Yacoub
El Mansour - Casablanca
Tél: 0522 37 64 18

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

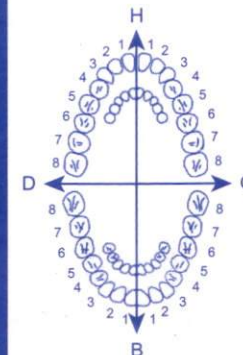
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

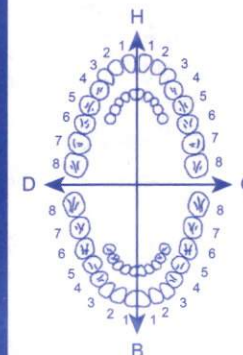
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|----------|----------|---|
| H | | H |
| 25533412 | 21433552 | |
| 00000000 | 00000000 | |
| D | | G |
| 00000000 | 00000000 | |
| 35533411 | 11433553 | |
| | B | |

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mifdal Malika

Médecine Générale

36, Rue El Koronfol 1er étage App.2

Hay Raha (Beausejour)

CASABLANCA

Tél.: 0522.36.64.48

الدكتورة مفضل مليكة

الطب العام

36, زنقة القرنفل حي الراحة (بوسيجور)

الطابق 1 الشقة 2 - الدار البيضاء

الهاتف: 0522.36.64.48

CASABLANCA, LE 22/02/2024

M^{me} Adnan Halima

126,30 - Augmentin 1g
1 p x 2 j

31,50 - Arkidol
1 p x 3 j

40,00 - Prednisolone
3 p x 5 j

73,40 - Emla
1 p x 1 j

140,00 - Odezo
1 gel x 1 j

10,60 - Doleron
1 p x 2 j

89,50 - Apixol spray
1 pul x 3 j

511,30

PHARMACIE OULMES CASA

S.A.R.L.A.U

Angle Bd Ghandi et Yacoub

El Mansour - Casablanca

Tél: 0522 36 08 06

Dr. MIFDAL Malika
36, Rue Koronfol Hay Raha
(Beausejour) - Casablanca
Tél: 05 22 36 64 48

AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN 1g / 125 mg
sachet(s) sachet

..... sachet(s) fois par jour à
prendre de préférence au début des
repas, pendant jours.
Lire attentivement la notice avant emploi.

Uniquement sur ordonnance

PPU: 126,30 DH
LOT: 650346
PER: 07/24

AKINDEX

SIROP ADULTES

AMM: 218 DMP/21/NRQ
LOT: 23150 PER: 07/2026
PPV: 31,50 DH

LOT N°:

40,00

Adulte

LOT : 5524
PER : 12 - 25
P.P.V : 10 DH 60

Pharmazien

RECAUTIONS D'EMPLOI

que (au long cours) des bronches ou des poumons s'accroissent.

cament une toux grasse. Dans ce cas, la toux est un moyen
s bronchiques.

e, s'accompagne d'encombrement, de crachats, de fièvre, présence de saccharose, ce médicament ne doit pas être utilisé en

on du glucose et du galactose ou de déficit en sucrase-isomaltase

levre, comme en cas d'aggravation ou d'absence d'amélioration
au-delà de ce qui est préconisé, ne pas prendre conjointement u

cament fluidifiant des sécrétions bronchiques (expectorant, r
du saccharose : en tenir compte dans la ration journalière

du saccharose, en tenir compte dans la ration journalière et

TEMENT

ment sans avoir demandé l'avis de votre médecin ou de vo

un médicament contenant du dextrométhorphan pendant
s bref (quelques jours) et aux doses recommandées.

...sese, la prise abusive de dextrométhorpane peut entraîner l'exacerbation de l'asthme.

ander l'avis de votre médecin avant de prendre un médicament c
s le lait maternel

extrométhorphane administrées chez les femmes qui allaitent
es du tonus du nourrisson. En conséquence, le prix de ce

es du tonus du nourrisson. En conséquence, la prise de ce m

AUTRES MEDICAMENTS ET AUTRES FORMES D'INTERACTIONS
 Consultez votre médecin ou à votre pharmacien si vous prenez ou avez pris récemment :

amement obtenu sans ordonnance notamment si vous prenez des antidépresseurs).

n antitussif le dextrométhorphe. D'autres médicaments en
ociez pas, afin de ne pas dépasser les doses maximales con

A EFFET NOTOIRE:

1,5 g par cuillère à soupe

LOT 21069
2024/09
PPC: 89,50 DH

8 032578 479676

PPV
LOT
PER